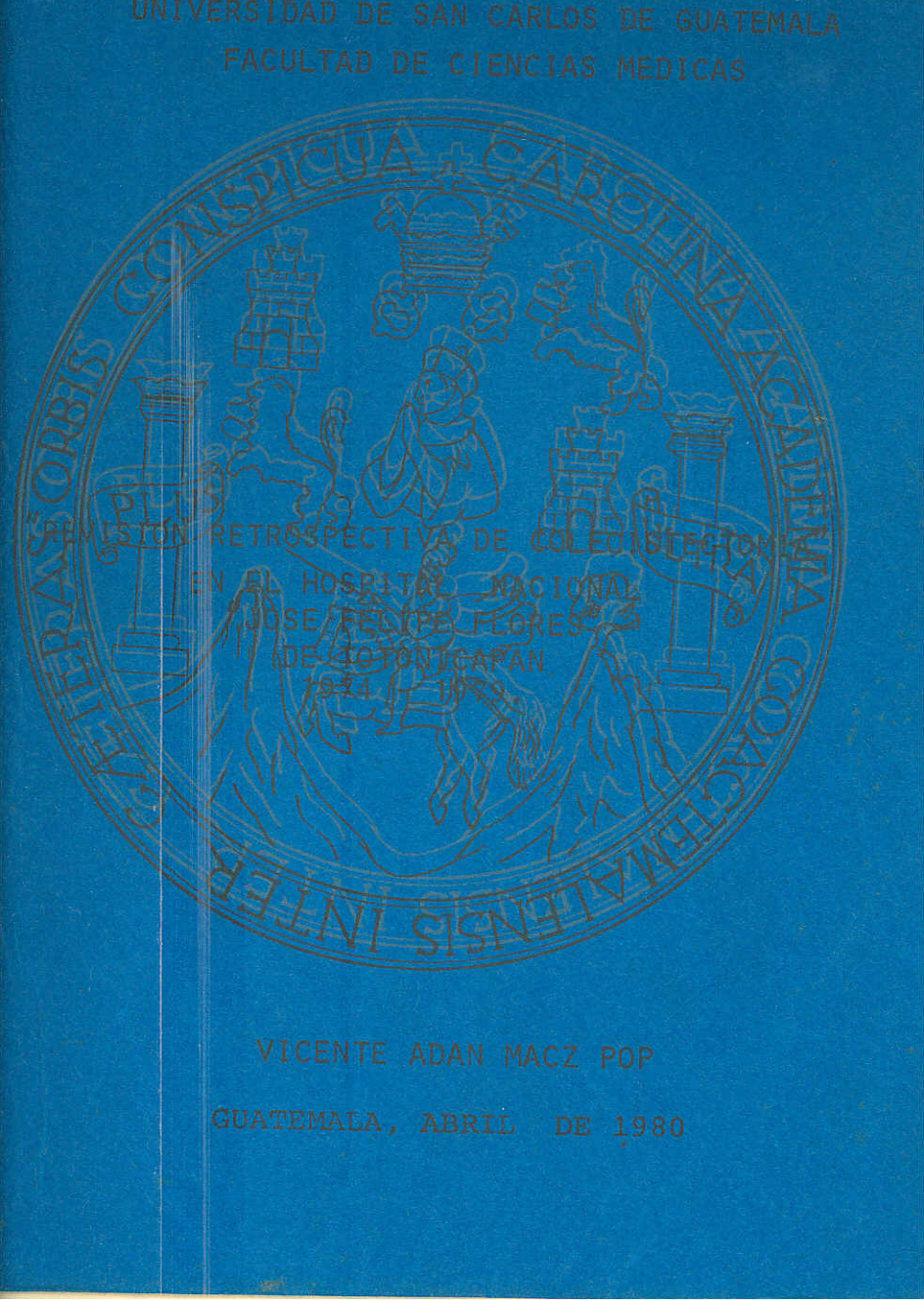
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



REVISION RETROSPECTIVA DE COLECISTECTOMIA EN EL HOSPITAL NACIONAL JOSE FELIPE FLORES DE TOTONICAPAN 1974 - 1979

VICENTE ADAN MACZ POP

GUATEMALA, ABRIL DE 1980

P L A N D E T E S I S

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. HIPOTESIS
4. MATERIAL Y METODOS
5. ANALISIS ESTADISTICO
6. CUADRO CLINICO DE LA ENFERMEDAD
7. METODOS DIAGNOSTICO
8. TRATAMIENTO
9. PRESENTACION DE RESULTADOS
10. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
12. BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C I O N

Consciente de la responsabilidad que asume todo futur
sional de la medicina, de aportar sus vivencias sino par
lución, cuando menos para aliviar en parte, el dolor de l
humanos que recurren a los centros de asistencia social y
de a los médicos en busca de su salud pérdida.

En la práctica de E.P.S. hospitalaria en el Hospital
"José Felipe Flores" de la ciudad de Totonicapán me preoc
cialmente la incidencia de la Colecistectomía en el depar
de cirugía de dicho hospital.

Motivo por el cual en el presente trabajo de tesis tr
aportar mis observaciones y datos estadísticos obtenidos
hospital, sin desestimar los esfuerzos que en el mismo ha
zado los señores médicos, por atender en la mejor forma a
timas de esta enfermedad, se aspira estimular su estudio,
neficio de los afectados y de los profesionales de la medi
(cirugía) en nuestro medio.

Finalmente se pretende que este trabajo pueda servir n
lante para establecer análisis comparativos y modesta guía
turos investigadores.

O B J E T I V O S

A) GENERALES:

1. Investigar las características clínicas, evolu diagnóstico y Post-operatorio de los pacientes problemas de Colecistitis Aguda y Crónica en el partamento de Cirugía del Hospital Nacional de tonicapán.

2. Sugerir algunos factores o aspectos que determi necesidad de hacer modificaciones en el diagnós co y el tratamiento de estos pacientes.

3. Establecer la incidencia y porcentaje de Coleci téctomías realizadas en este período.

B) ESPECIFICOS:

1. Identificar las características clínicas de nue tros pacientes, en quienes se efectuó dicha ope ción.

2. Analizar la evolución de la enfermedad.

3. Conocer la incidencia según sexo, edad.

4. Enumerar la Morbilidad de la Cirugía de Vías Bi res.

5. Establecer el índice de Mortalidad de los pacie tes que se les efectuó Colecistectomía.

H I P O T E S I S

1. Los casos de afecciones de las vías biliares en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Totonicapán son muy frecuentes.

2. El mayor porcentaje de pacientes que se someten a esta intervención quirúrgica es menor de 25 años de edad.

3. La mortalidad en pacientes operados por estos problemas es muy alta.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

El objeto del presente estudio es incluír a todos los pacientes que se les efectuó Colecistectomía en el Departamento de Cirugía de este Hospital, como los tipos de estudios que se les efectuó antes de la realización de cualquier tratamiento.

METODO:

a) Búsqueda de los casos en los archivos.

b) Selección de los casos

c) Clasificación por entidades

d) Aplicación de insturmento (cuestionario) a cada historia clínica.

e) Clasificación de datos.

f) Análisis y evaluación de resultados.

g) Cuadros estadísticos a resultados

h) Presentación de resultados.

i) Conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS HUMANOS:

a) Médico Jefe del Departamento
b) Médico Residente del Departamento
c) Médico Revisor
d) Personal de enfermería del departamento
e) Personal de sala de operaciones
f) Personal de Sala de Rayos X
g) Personal del departamento de Estadística y Archivo
h) Médicos de Guardia y estudiantes de Medicina del - Hospital.
i) Secretarias.
j) Laborantes de imprenta y encuadernación.

MATERIALES:

1. Edificio: Hospital Nacional de Totonicapán
   Departamento de Cirugía
   Departamento de Estadística y Archivo.

2. Historia Clínica:
   Cuestionario para revisión de las historias.
   Máquina de escribir
   Calculadora
   Papel
   Lápices, borradores, regla, etc.

ANALISIS ESTADISTICO:

En el transcurso del tiempo necesario para efectuar el - presente estudio se hizo acopio de los datos estadísticos en la forma siguiente:

a) Se tuvieron a la vista las hojas de recopilación de datos de los 73 pacientes de Colecestictomía, en el período de tiempo comprendido de Enero de 1974, a enero de 1,980.

b) De estos registros individuales se extractaron los siguientes datos:

   1. Edad
   2. Sexo
   3. Procedencia
   4. Tipo de complicaciones
   5. Tipo de diagnóstico
   6. Días de hospitalización.

c) Se obtuvieron los porcentajes correspondientes a cada uno de los aspectos anteriores, cuyos cuadros se adjuntan al presente estudio.

d) En el presente trabajo se trató de interpretar hasta donde fue posible, los resultados obtenidos en la investigación.

CUADRO CLINICO DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad de la vesícula biliar ocupa un lugar importante en la práctica clínica. Es la segunda en frecuencia después de la apendicitis que provoca dolor abdominal y causa de intervención quirúrgica en el vientre.

La inflamación, infección y carcinoma constituyen su principal enfermedad; siendo en un 90% de estos enfermos que padecen de trastornos de Colecistiasis.

Sus síntomas principañes: dolor, ictericia y los trastornos digestivos llamados dispepsias. El dolor es el síntoma más frecuente de los tres. El dolor es muy fuerte aumentando rápidamente de intensidad, durando varias horas aunque puede ser intermitente (tipo cólico). El cólico puede prdducirse cuando hay presencia de algún cálculo en la vesícula o vías biliares o cuando la vesícula está inflamada.

FORMACION DE BILIS

La bilis es un líquido neutro o ligeramente alcalino, que es secretado contínuamente por las células parenquimetosas del higado hacia los canalículos biliares. Este contiene: sales biliares, pigmentos biliares, electrolitos, colesterol, lecitina, ácidos grasos, proteínas y gran número de productos del metabolismo hepático.

Las sales biliares son conjugados de glicina y taurina de los ácidos quenocólico y quenodesoxicólico que se forman a partir del Colesterol en el higado.

FORMACION DE CALCULOS BILIARES

En el proceso de secretar sales biliares se elimina aproximadamente la décima parte de colesterol hacia la bilis, no se sabe qué función específica tenga el colesterol en la bilis; creyéndosele como producto secundario de la formación y secreción de sales biliares.

En condiciones anormales el colesterol puede precipitarse originando cálculos; los diversos procesos que pueden producir precipitación del colesterol son:

1. Absorción excesiva de agua de la bilis.
2. Absorción excesiva de ácidos biliares de la bilis
3. Secreción excesiva de colesterol hacia la bilis.
4. Inflamación del epitelio de la vesícula biliar.

Son estos dos últimos hechos los que merecen una especial consideración.

La cantidad de colesterol de la bilis depende principalmente de la cantidad de grasa que el individuo ha comido, pues se sintetiza colesterol en proporción aproximada de la cantidad de grasa metabolizada en el cuerpo. Por eso se cree que la persona que toma dieta rica en grasa por varios años puede tender a formar cálculos biliares.

La inflamación del epitelio de la vesícula biliar, resulta muchas veces de una inflamación crónica, que modifica las características de absorción de la mucosa vesicular que permite una absorción excesiva de agua o sales biliares o substancias necesarias para mantener el colesterol en solución. Siendo esto el principio de la precipitación que forma muchos cristales de colesterol en la superficie inflamada.

PREVALENCIA DE LOS CALCULOS

Aunque los datos de autopsia no demuestran la verdadera prevalencia de los cálculos en la población, estos indican que un 10 por ciento de los adultos tienen cálculos, la prevalencia por edades llega a 30% entre los 70 y 80 años. Por arriba de los 20 años de edad los cálculos son más frecuentes en la mujer que en el hombre; pero la diferencia en cuanto al sexo se hace progresivamente menor después de los 50 años.

El aforismo dice: "mujer cuarentona, fértil y gorda" describe a algunas pacientes pero no caracteriza al tipo enfermo.

No existen pruebas que el embarazo predisponga a la formación de cálculos, pero los síntomas tienden a aparecer durante el embarazo; si se comparan personas obesas, las de peso normal y las delgadas la frecuencia de cálculos es la misma.

En autopsias se ha visto que los diabéticos tienen cálculo con frecuencia de dos a uno que los que no son diabéticos.

TIPOS DE CALCULOS

Los principales formadores de cálculos son: El colesterol, el bilirrubinato de calcio y el carbonato de calcio.

Clasificándose según su composición química relativa en:

a) Cálculos Puros: 10% de los cálculos.

1. Colesterol los más corrientes
2. Bilirrubinato de calcio.
3. Carbonato cálcico que son muy raros.

b) Cálculos Mixtos el 80% de los calculos.

c) Calculos combinados el 10% que es el restante.

CALCULOS PUROS

Suelen estar producidos en trastornos metabólicos en la cual el hígado segrega un exceso de substancias colelitógenos, por lo que son llamados hepatógenos.

CALCULOS DE COLESTEROL

Resultan de la excresión hepática de la bilis rica en colesterol; los cálculos suelen ser solitarios y voluminosos tienen un color blanco o amarilloso, son redondos y ovalados y a menudo traslúcidos con superficie lisa o granulosa.

Comprometen a un 75 a 85 por ciento de los problemas de litiasis billar. Por su gran tamaño estos cálculos rara ra vez producen obstrucción y casi siempre son asintomáticos, en algunas ocasiones actúan como válvula esferica permitiendo la entrada de bilis a la vesícula pero no así a su salida, resultando así la llamada hidrocolecisto.

Las influencias genéticas también son importantes, como se refleja en la frecuencia elevada de cálculos de colesterol en los indios americanos, y al inferior promedio de personas de raza negra

CALCULOS DE BILIRRUBINATO DE CALCIO

Se ha visto que la hemólisis aumentada eleva la concentración de bilirrubina en la bilis. Esta hemólisis puede depender de eritrocitos anormales, infección o agentes líticos.

Estos cálculos suelen ser de color azabache, múltiples pequeños, ovalados o redondos a menudo poliédricos, suelen ser pequeños y se introducen en las vías biliares y causan cólico y obstrucción.

CALCULOS DE CARBONATO DE CALCIO

Se desconoce su etiología, nos se han encontrado signos del trastorno del metabolismo cálcico. Estos pueden s ser únicos o múltiples, son de color blanco grisaceo y estructura amoría.

CALCULOS MIXTOS

Se asocian con colecistitis, aceptándose que por una inflamación de la pared vesicular el cual tiene una actividad funcional alterada, contribuye a la formación de los cálculos.

CALCULOS COMBINADOS

Estos suelen ser de índole voluminosa y tienden a ocurrir aisladamente en personas de edad avanzada. Estos se encuentran formados por un cúcleo de colesterol y corteza mixta; siendo muy rara su compsión a la inversa.

COLECISTITIS AGUDA:

Suele presentarse como un estado abdominal de urgencia es una de la iniciales manifestaciones de la colelitiasis con transtornos previo de la función vesicular o sin ella. En el 90 a 95 por ciento se encuentra un cálculo impactado en el cístico. La distensión súbita de la vesícula compromete su irrigación sanguinea y el drenaje linfático y las bacterias comensales, que normalmente habitan la vesícula calculosa, proliferan; excepto los casos raros de pacientes con infección por Salmonella typhosa la causa de Colelistitis aguda sin cálculos que no se ha podido conocer bien.

En un paciente de edad avanzada, una crisis de colecistitis aguda, puede ser desencadenado por carcinoma de la vesícula que obstruya el conducto cístico.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Estas guardan proporción con su gravedad y en ausencia de cálculos el comienzo es menos brusco que en el caso de colecistitis obstructiva aguda desencadenada por algún cálculo.

Los cuadros como dolor intenso en cuadrante superior derecho, náusea, vómitos, fiebre e ictericia mínima indican el diagnóstico. En la inflamación ligera puede haber solamente molestia moderada e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho son mayores y aparece el espasmo muscular.

Puede haber dolor de rebote en el cuadrante superior derecho en los casos más graves de colecistitis supurada con inflamación peritoneal, con leucocitosis en promedio de 15,000 mm^3.

En algunas ocasiones puede ser palpable la vesícula biliar como una masa alargada como embutido, esto es posible en pacientes que sufren la primera crisis de colecistitis cuando no ha habido engrosamiento de la pared vesicular.

La ictericia se presenta en 25% pero no suele ser grave.

COLECISTITIS CRONICA

Este es un trastorno vago e insidioso, se utiliza este término para referirse al problema clínico de síntomas crónicos usualmente intermitentes y causados por litiasis.

La Patogenia de este trastorno no es preciso a pesar de la atención que se le ha brindado; no es inflamación bacteriana corriente, si bien las bacterias pueden participar de manera primaria o secundaria, hay varias teorías al respecto de su etiología siendo la más importante la que enuncia que la colecistitis crónica es causada por irritación mecánica o química. Según esto, los cálculos se forman antes que haya inflamación en estas circunstancias los cálculos causan inflamación por presión de la mucosa que hacen que se formen ulceras. La invasión bacteriana es o puede aparecer como fenómeno secundario.

La segunda teoría enuncia que la infección bacteriana es la causa primaria de la colecistitis crónica. Según esto las bacterias llegan a la vesícula por conductos biliares, linfáticos y circulación arterial y venosa.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se acompaña de crisis descretas de dolor en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, constante o en forma de cólicos, con hipersensibilidad a la palpación que dura varias horas.

Puede acompañarse de fiebre, orina obscura e intericia lo que indica obstrucción de coledoco por edema o cálculo, o ambos. Típicamente aumenta en severidad el do

lor de 15-30 minutos estabilizándose por varias horas con ligeras fluctuaciones hasta empezar a desaparecer.

Aunque estas crisis pueden no estar bien delineadas - se sospechará mucho el diagnóstico por el dolor recidivante, frecuente con náuseas y vómitos y la hipersensibilidad del cuadrantesuperior derecho con episodios relacionados con las comidas grasas.

En algunas ocasiones se presenta un dolor referido similar al abdominal, sindiéndose en la espalda por encima de la cintura en un 30% de los casos.

METODOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIOS:

HEMATOLOGIA:

Los leucositos se encuentran elevados con una neutrofilia y aumento de las células en banda (colecistitis aguda)

Los niveles séricos de bilirrubina aumentan en poca - intensidad.

La fostatasa de las transaminasa glutámico pirúvica y la deshidrogenasa láctica en muy raros casos están aumentados; si en ambas encimas se encuentra un incremento transitorio sugiere la posibilidad de cálculo en el conducto hepático.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Para el reconocimiento de estos trastornos constituía un gran impedimento la intolerancia a los medios de - contraste; pero se han abierto nuevas posibilidades y procedimientos ampliados de exploración.

Las indicaciones para la obtención de imágenes radiológicas de la vesícula biliar y vías biliares son:

1. Comprobación de la existencia de cálculos

2. Enfermedades inflamatorias
3. Diagnóstico tumoral
4. Diagnóstico de exclusión.

Los métodos de los cuales disponemos actualmente son: La colagiografía y colecistográfía.

1. Colecistograma oral
2. Colangiografía y colecistografía intravenosa
3. Colangiografía por infusión.
4. Colangio-pancceratografía endoscópica retrógrada (ERCP)
5. Sonografía
6. Métodos invasivos:
   a. Colangiografía percutánea transhepática.
   b. Colangiografía y colecistostografía laparoscópica transhepática
   c. Colangiografía percutánea transversa
   d. Arteriografía - Hepatografía superselectiva.

RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN

Esta es útil en un 20% de las pacientes que presentan calculos raiopacos o calcificacioens de la pared de - la vesícula biliar después de una coleocistitis se va a encontrar aire en la vesícula biliar o en las vías biliares en:

Colecistitis o colangitis agudas gangrenosas, comunicaciones de las vías biliares o de la vesícula biliar con el canal gastrointestinal, debido a perforaciones de origen calculosa; en la fístula biliodigestivas operatorias.

COLECISTOGRAMA ORAL: Representa la posibilidad más sencilla para explorar la vesícula biliar y sus vías biliares. Siendo más un diagnóstico provisional. Su negatividad se puede deber: Obstrucción de las vías biliares. Trastornos de lafunción hepática. Alteraciones inflamatorios de la pared vesicular; así como también: defectos en la técnica radiológica, vesícula - fuera de la zona de imágen detectada ejemplo en la pequeña pelvis, gran pérdida de valor del medio de contraste por obesidad del paciente no haber tomado el

medio de contraste, hipodosificación del medio de contraste, trastornos de paso en el esofago y estómago así como de su absorción en el intestino.

Su contraindicación es: Tirotoxicosis.

COLEGISTROGRANA INTRAVENOSO: Se utiliza cuando la anterior ha sido negativa. Los medios de contraste inyectados por esta vía es el 2-4-6 triyodo 3 - amino-ácido benzoico. Estos contienen yodo y atraviesan bien la vesícular biliar, caracterizándose por su amplia absorción de plasmaproteínas y recptoproteínas propias del hígado.

Se produce un bloque de eliminación de los medios intravenosos por: el aumento de bilirrubinas en el suero o una insuficiencia hepática que reducen la eliminación del medio de contraste por la bilis, mientras aumenta la eliminación heterotropa a través del riñón.

A causa de la posibilidad de lesiones reanalaes por administrar dosis excesiva del medio de contraste y por sobrepasar límite máximo de transporte renal, algunos autores han expresado sus reservas contra la colecistografía intravenosa inmediatamente después de la colecistrograma oral negativa, otros la recomiendan después para obtener mayores datos diagnósticos.

CONTRAINDICACIONES :

ABSOLUTAS:

1). Existencia de graves enfermedades simultáneas de riñón o hígado.

2). Distrofia aguda de hígado y grave lesión del parénquina hepático.

3). Gammopatía IgM monoclonal.

RELATIVAS:

1). Grave insuficiencia cardio-circulatoria, sobre todo insuficiencia derecha o descompensación cardíaca.

2). Alergia a los medios de contraste.

3). Colangitis aguda.

4). Hipertiroidismo.

5). Tetania manifiesta.

COLANGIOGRAFIA POR INFUSION:

a). Colangiografía por unfusión de poca duración; se inyecta durante 40-60 minutos.

b). Colangiografía por infusión lenta: 60 a 120 minutos.

Sus ventajas son:

1). Mejor tolerancia de los medios de contraste.
2). Mejores diagnósticos si se prolonga el tiempo de relleno de las vías biliares, pudiendo obtener radiografías adicionales.

3). Con valores poco aumentados de bilirrubina aumenta el número de imágenes positivas.

c). Colangiografía con infusión prolongada: Tiene la ventaja de que según el estado funcional del higado se aprovecha plenamente el máximo transporte biliar. Fucha y Preisig obtuvieron de este modo en pacientes letéricos y valores de bilirrubina sérica superior a 4 mg % buenos resultados diagnósticos en el 60% de casos defunción hepática restringida por enfermedad del parenquima hepático pero solo en el 13% obtuvieron diagnóstico aprovechables en obstrucción de las vías biliares.

COLANGIO-PANCREATOGRAFIA ASCENDENTE ENDOSCOPICA (ERCP)

Está indicada en los casos de colangiograma negativo, en lesiones del parenquima hepático y cuando están elevados los valores de bilirrubina. Puede realizarse con carácter ambulatorio por un médico experimentado, no presenta complicaciones pues es un medio de contraste permiable para el riñon y puede administrarse aunque exista alergia conocida. En el 60.80% se obtiene la imágen del coledoco.

EXPLORACION POR ULTRASONIDO: Ha dado buenos resultados como método complementario, no violento, para diagnósticar enfermedades del hígado y del sistema biliar sobre todo en la enfermedad calculosa. Después de un colecistograma esfe logra comprobar la existencia de cálculos.

COLEDOSCOPIA: Es muy útil ya que disminuye la incidencia de cálculos residuales al usarse con la colangiografía transoperatoria en algunas ocasiones los tumores de la ampolla y colédoco pueden ser diagnóstica-- dos.

COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA: Se efectúa mediante - la introducción de una sustancia de contraste en la - vesícula, conducto cístico y conducto hepático en el moment- de la operación, seguida por la radiografía. Se ha practicado por unos 40 años, pero aún hay desacuerdo de si añade precisión a la palpación y exploración del conducto hepático.

Sin embargo, los cálculos en los conductos hepáticos se descubren mejor con este método.

ASPIRACION DUODENAL: La aspiración de bilis por una sonda introducida por nariz o boca hasta el duodeno, puede proporcionar datos importantes en el diagnóstico de enfermedad vesicular. La presencia de colesterol y cristales de bilirrubinato del cálcio en el examen microscópico del material de aspiración duodenal, sugiere fuertemente la presencia de cálculos. Está indicado el drenaje duodenal cuando los demás estudios diagnósticos no dan resultados positivos en pacientes

cuyos síntomas sugieren vesiculopatía.

TRATAMIENTO:

Es aquí donde la mayor parte de los autores no están o no se ponen de acuerdo, porque mientras unos aseguran la satisfacción del tratamiento médico, otros demuestran que el único tratamiento en forma efectiva es la cirugía de las vías biliares.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

l tratamiento de la Colecistitis aguda no es uniforme, porque muchos autores varían en la forma de tratarla; unos preparando al paciente para posterior operación refiriendo lo difícil por la inflamación y edema que no permitan la exploración del conducto colédoco cuando está indicada.

En contra de ésta otros prefieren la operación oportuna dentro de las 24 a las 72 horas de iniciado el ataque, porque así se ahorra considerable tiempo, 2-3 meses de incapacidad, dinero y costos médicos.

La política de practicar la operación en forma oportuna depende de la capacidad del cirujano para diagnosticar la colecistitis aguda y poderla diferenciar de otras entidades que no se beneficiarían con la cirugía.

Algunos autores han informado que más o menos, el 10 por ciento de los pacientes que parecen tener Colecistitis aguda en base a su evolución inicial se ha descubierto otras entidades patológicas.

Es más, se ha observado que la proporción de mortalidad que acompaña a la operación temprana ha sido sólo un poco mayor que la que se observa en la Colecistectomía electivo o planeada.

De experiencia general es que la extirpación de la vesícula inflamada de manera aguda y, si es necesario la exploración del conducto colédoco, son bastantes segu-

ras y casi siempre son posibles cuando se ejecutan pronto, siendo menos difícil que la disección a través de tejidos cicatrizales efectuando dos a tres meses después del ataque agudo.

Los que prefieren que la crisis ceda colocan a los pacientes en cama en reposo, nada por la boca con sonda permanente para la descompresión gástrica, líquidos por vía parenteral, terapéutica antimocrobiana, sedantes y analgésicos para aliviar el dolor y sus molestias. En ellos se hará un tratamiento quirúrgico dos a tres meses después de iniciado el cuatro; si el cuadro no cediera el tratamiento quirúrgico se hará inmediatamente.

El problema del "Cálculo Silencioso", plantea el problema de qué aconsejar a un paciente con colecistitis asintomática, o con vesícula funcional, pues el 97 por ciento aproximadamente de tales casos hay cálculos.

De éstos el 30% aproximadamente que padecen Colelitiasis asintomática desarrollarán cuadro de Colecistitis aguda, obstrucción, ictericia o pancreatitis.

En los ancianos y diabéticos, la mayor dificultad para juzgar el progreso de la enfermedad hace imperativo el tratamiento quirúrgico temprano.

El tratamiento de la Colecistitis crónica sintomática es la extirpación de la vesícula, siendo su mortalidad operatoria menos de uno por cien.

En algunos pacientes que se les efectúa un tratamiento con síntomas netos, por medios diferentes a la Colecistectomía, se ha visto que casi siempre se asocian con reaparición de los mismos síntomas y a menudo con desarrollo de complicaciones graves; parando finalmente en la Colecistectomía.

Los pacientes que presentan Colecistitis Crónica, 9 de cada 10 que se les efectúa Colecistectomía se curan definitivamente.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Femenino	55	75.34
Masculino	18	24.64
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 2

EDADES	No. de CASOS	PORCENTAJE
11-20	2	2.74
21-30	14	19.18
31-40	16	21.92
41-50	20	27.39
51-60	15	20.55
61-70	4	5.48
71-80	2	2.74

CUADRO No. 3

LUGAR DE PROCEDENCIA	No. de CASOS	PORCENTAJE
Totonicapán	19	26.03
Quezaltenango	16	21.92
México	12	16.44
San Marcos	9	12.33
Huehuetenango	4	5.48
Quiché	5	6.85
Guatemala	3	4.11
Sololá	2	2.75
Retalhuleu	2	2.75
Suchitepéquez	1	1.34
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 4

EMBARAZOS: PACIENTES FEMENINAS (55 casos)

GESTAS	No.	PORCENTAJE
0	12	21.82
1-3	19	34.54
4-6	15	27.27
7-9	8	14.55
10-12	1	1.82
TOTAL	55	100.00

CUADRO No. 5

TIEMPO DE EVOLUCION de la Enfermedad	No. de CASOS	PORCENTAJE
1 día 7 días	1	1.37
8 días 30 días	5	6.85
1 mes 3 meses	12	16.44
4 meses 12 meses	12	16.44
1 año 2 años	25	34.24
3 años 6 años	15	20.55
7 años 10 años	3	4.11
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 6

TIEMPO DE HOSPITALIZACION. pre-Operatorio	No. de CASOS	PORCENTAJE
1 día 5 días	26	35.62
6 días 15 días	33	45.20
16 días 25 días	10	13.70
26 días 35 días	3	4.11
36 días 45 días	1	1.37
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Colelitiasis	39	53.42
Colecistitis crónica calculosa	22	30.14
Coledocolitiasis	4	5.48
Colecistitis aguda	2	2.74
Estrechez Pilórica	2	2.74
Vesícula excluida	2	2.74
Colangiocistitis	1	1.37
C.A. de Estómago	1	1.37
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Colecistitis crónica calculosa	57	78.08
Coledocolitiasis	5	6.85
Colecistitis aguda	11	15.07
TOTAL	73	100.00

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Infección de herida	10	13.70
Deshiscencia de herida operatoria	3	4.11
B.N.M.	4	5.48
Sin complicaciones	56	76.71
TOTAL	73	100.00

CUADRO No.10

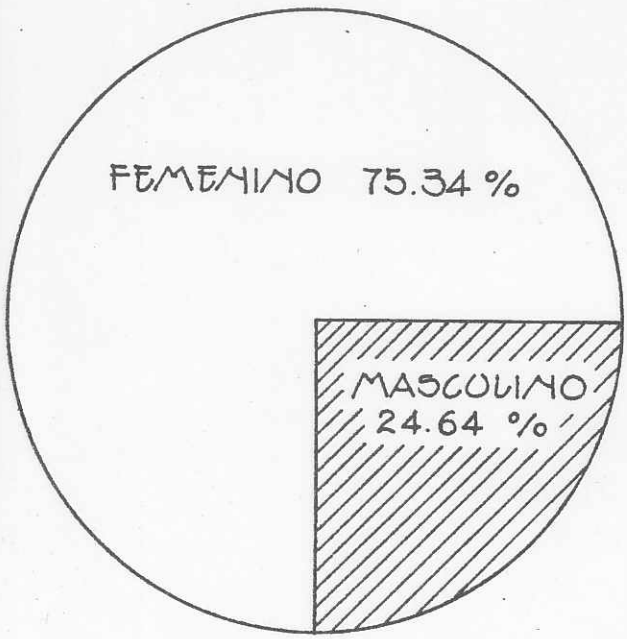
ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Colecistograma oral	31	42.46
Colecistograma intravenoso	8	10.58
Sin colecistograma	34	46.58
TOTAL	73	100.00

CUADRO No.11

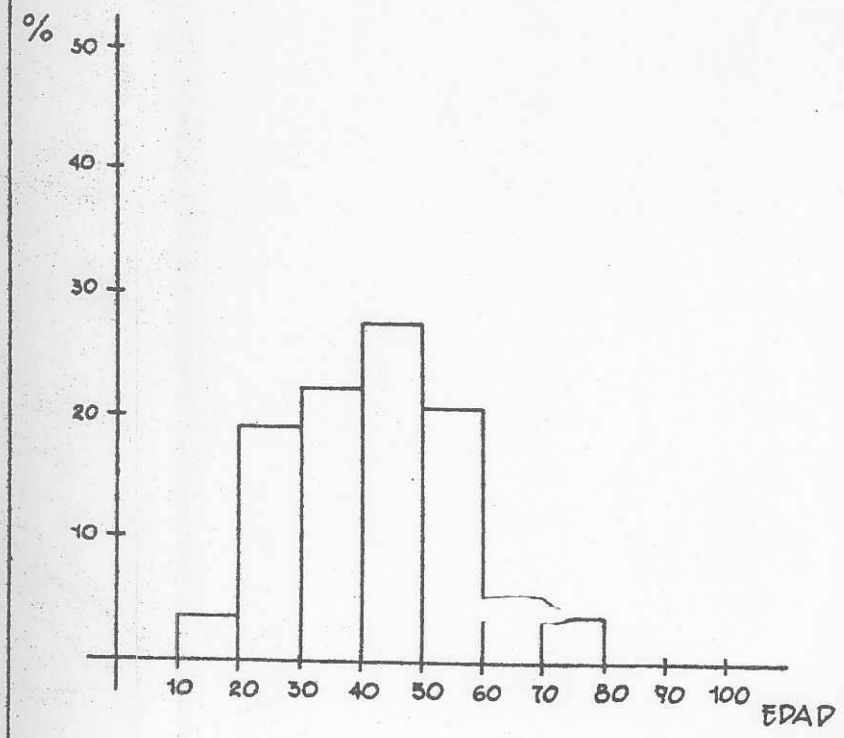
CUADRO No.11

TIEMPO DE HOSPITALIZACION. Post-operatorio.	No. de CASOS	PORCENTAJE
1 - 7 días	9	12.33
8 - 15 días	54	73.97
16 - 30 días	8	10.96
31 - 60 días	1	1.37
61 - 90 días	1	1.37
TOTAL	73	100.00

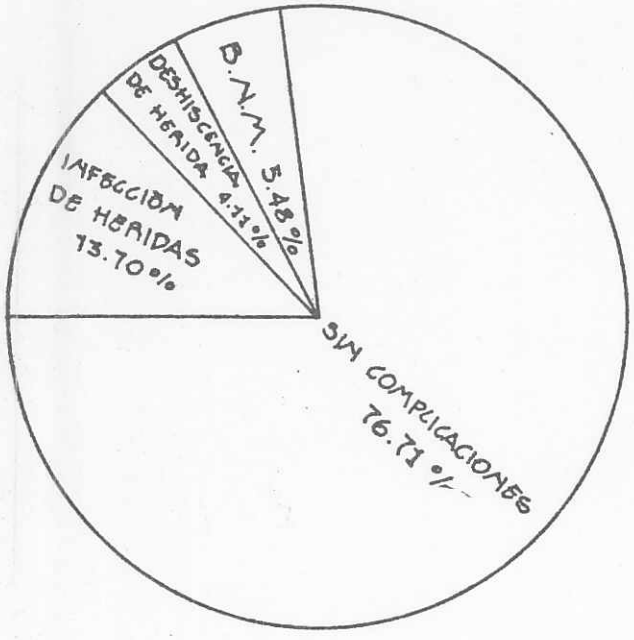
CUADRO No. 1 "SEXO"



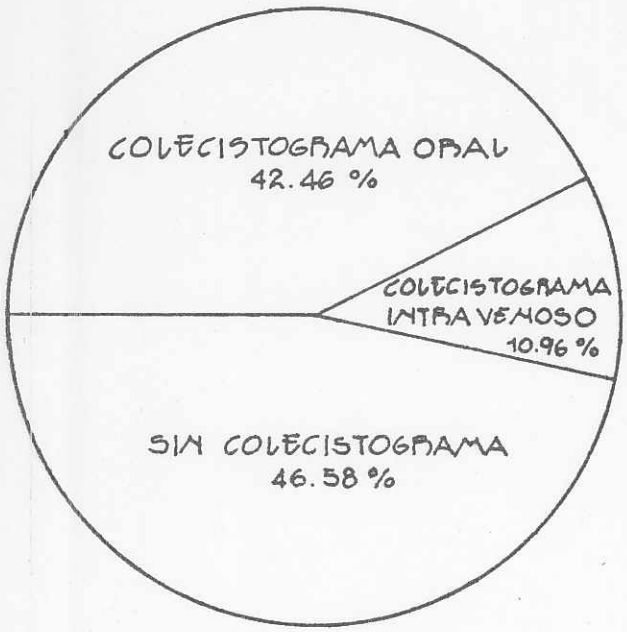
CUADRO No. 2



CUADRO No. 9
"COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS"



CUADRO No. 11
"ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS"



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El cuadro Nº 1, demuestra claramente que el sexo femenino es el que más frecuentemente presenta esta patología presentándose en un 75.34% de los casos en el presente estudio.

El cuadro Nº 2 enfatiza que la edad más afectada fue la comprendida en lacuarta a quinta decada de la vida, aunque se presentaron 2 casos de pacientes menores de 20 años y así como a dos mayores de 70 años, lo que demuestra que no se tiene una edad límite para presentar esta patología.

El cuadro Nº 4 referido unicamente al sexo femenino y al número de gestas que estas hubieran presentado antes de consultar para su tratamiento, encontrándose que el grupo que tenía de uno a tres embarazos fue el más afectado en un 34.54% del total de pacientes femeninos.

Con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad presentado en el cuadro Nº 5, la mayor incidencia de pacientes fue el de los que presentaron síntomas de uno o dos años de evlución siendo en un porcentaje de 34.24 por ciento.

La morbilidad presentada en el departamento de Cirugía fue relativamente bajo siendo la infección de herida la más frecuente en un 13.70% de los casos; sin embargo, tres cuartas partes de los pacientes no presentaron ninguna complicación.

Se pudo comprobar que a los pacientes no se les efectuó ningún tipo de examen previo a la operación en el 46.58 por ciento del total; en lo clínico para decidir las operaciones.

El cuadro Nº 8 demuestra que la Colecistitis Crónica calculosa fue el cuadro más frecuentemente encontrado en un 77.08% .

Con respecto a la procedencia de los pacientes se puede observar que estos provenían de diferentes regiones del país y no a un lugar determinado, así como también estos

pertenecían a todos los estratos sociales.

El tiempo de hospitalización requerido por este tratamiento fue de ocho días a quince días en un 73.97% estando unicamente un paciente más de 60 días lo que representa un porcentaje bajo.

La mortalidad en el departamento de cirugía con respecto a la Colecistectomía fue de cero.

CONCLUSIONES

1. De este estudio se deduce que la Colecistectomía - sigue siendo el tratamiento más efectivo de la Colecistitis crónica como también de la Colecistitis aguda.

2. El error diagnóstico encontrado en el diagnóstico de ingr-so al servicio con respecto al del Post-Operatorio fue de unicamente 9.22%

3. El sexo femenino fue el más afectado en el 75.35% con respecto al masculino.

4. La edad más afectada fue la comprendida entre las edades de 40 a 50 años.

5. La morbilidad encontrada es relativamente baja, y no constituye una entidad incontrolable.

6. Con un conocimiento adecuado de los casos y con un diagnóstico preciso se obtiene un tratamiento quirúrgico satisfactorio.

7. El tratamiento médico es a un de poca ayuda actualmente en nuestro medio.

8. La Colecistectomía debe ser una operación efectuada por un médico de amplia experiencia.

9. La litiasis biliar no es una enfermedad que la presenten determinadas clases de pacientes.

10. La mortalidad de los pacientes que se les efectuó la colecistectomía fue nula.

RECOMENDACIONES

1. Lo necesario para poder realizar un trabajo en forma completa, es la obtención de datos fidedignos, por lo que se recomienda que al ingreso de pacientes al hospital se les efectúe una buena Historia clínica.

2. Que el archivo ordene sus historias clínicas de acuerdo a diagnósticos y a cada servicio por separado.

3. Que antes de intervenir quirúrgicamente a cada paciente, se le efectúe por lo menos, los exámenes de laboratorio de rutina en todo hospital

4. Que se le efectúe a cada paciente estudios radiológicos para mejorar el diagnóstico.

5. A todo paciente que se le practique todo acto quirúrgico, se le debe realizar un record operatorio, para poderse utilizar en posteriores estudios, como datos fidedignos.

6. Solicitar al Ministerio de Salud Pública más ayuda a los hospitales departamentales por carecer de muchos medios necesarios para realizar un trabajo adecuado en éstos.

BIBLIOGRAFIA

1.- ARRIOLA BATRES, Guillermo Rubén; CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTITIS AGUDA Y SU TRATAMIENTO, Tesis (Medico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1958.

2.- ARROYAVE BOYES, Roberto; CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA COLECISTECTOMIA, Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médi, cas, 1946.

3.- BEESON, Paul B. Walsh Modermentt, eds. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb.- 13 edición, México Interamericana, 1972. pp. 1472-1474, 1478-1481.

4.- GRAMAJO OCHOA, María Magdalena; CIRUGIA DE VIAS BILIARES EN MUJERES. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1977.

5.- GUYTON, Arthur; Tratado de Fisiología Médica, 4a. edición 1972 México, Interamericana, pp. 915-918.

6.- HARRISON, T.R.; Medicina Interna, 4a. edición, México, la prensa Médica Mexicana, 1972 pp. 1571-1577.

7.- KAPLEN Allan; LUDWIN W. Guía para el diagnóstico y tratamiento Tribuna Médica dei Centro América y Panamá XXI-8:12-16, Abril 1977.

8.- MOLINA M., Francisco; ANALISIS DE 305 CASOS DE COLECISTECTOMIA PRACTICADOS EN LA 5a. CIRUGIA DE MUJERES. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1966.

9. MOLINA, José Ernesto, "Etiopatología de la Litiasis Biliar", Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1958.

0. MALOUF, Gabriel José, "Estudio clínico radiológico patológico de colecistitis crónica calculosa" Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1956.

1. QUINTEROS GUTIERREZ, Manuel Humberto, "Consideraciones sobre colecistectomía de urgencia". Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1958.

2. ROBBINS, Stanley, "Patología estructural y funcional" 1a. edición, México, Interamericana, 1975, pp. 1005-1011.

3. SABISSTON, David, "Tratado de Patología Quirúrgica" 10a. edición, México, Interamericana, 1974, pp. 1013-1030.

4. SOLIS HEGEL, Rodolfo, "Colangiometría y Colangiografía", Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1948.

5. VALLE, Manuel Fernando, "Colecistectomía", Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1914.

NOTA:

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes requisitos:

a) Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
b) Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluído su trabajo de tesis;
c) Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluído el trabajo de tesis;
d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Cedula de Vecindad.

Br. _____
VICENTE ADAN MACZ POP

Dr. _____
Asesor.
EDWAR ROBERTO LOPEZ

Dr. _____
Revisor.
LUIS FELIPE FLORES GIRON

Dr. _____
Director de Fase III
HECTOR ALFREDO NUILA E.

Dr. _____
Secretario
RAUL A CASTILLO R.

Vo. Bo.

Dr. _____
Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO